AUS DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT BASEL
Direktor: Prof. Dr. P. KIELHOLZ

Zur Prognose verwahrloster Jugendlicher

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

Andrea Gartmann
Jenaz (Kt. Graubünden)

1963

ZÜRICH 1965
ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI AG, ZÜRICH

AUS DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT BASEL
Direktor: Prof. Dr. P. KIELHOLZ

Zur Prognose verwahrloster Jugendlicher

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

Andrea Gartmann
Jenaz (Kt. Graubünden)

ZÜRICH 1965
ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI AG, ZÜRICH

Von der medizinischen Fakultät genehmigt auf Antrag
von Prof. Dr. med. *P. Kielholz*

Tag der Promotion: 9. Dezember 1963

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

Erschienen im Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie
Band *96*, 1, 68–96 (1965)

AUS DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT BASEL
Direktor: Prof. Dr. P. KIELHOLZ

Zur Prognose verwahrloster Jugendlicher

Von ANDREA GARTMANN

I. Einleitung

In den letzten Jahren konnte an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel eine Zunahme der Einweisungen milieugeschädigter und charakterabnormer Jugendlicher festgestellt werden. Diese Patienten – in der Mehrzahl weiblichen Geschlechts – zeigten fast ausnahmslos ein Bild schwerster Verwahrlosung, waren doch vor ihrer Klinikeinweisung alle Wiedereingliederungsversuche erfolglos geblieben. Es ist deshalb nicht erstaunlich, daß diese Jugendlichen der sie betreuenden Umgebung seit einiger Zeit vermehrte Schwierigkeiten und Probleme bereiteten. Einerseits äußerten sich diese in einer großen Belastung für die Schwestern und Pfleger und oft auch für viele Mitpatienten. Vor allem aber bestand bei den therapeutisch tätigen Ärzten, Seelsorgern und Fürsorgerinnen oft eine gewisse Unsicherheit oder sogar Ratlosigkeit in der prognostischen Beurteilung im Hinblick auf die Wahl weiterer Maßnahmen. Deshalb wurde denn auch das Fehlen katamnestischer Erhebungen seit dem letzten Klinikaustritt gerade bei diesen dissozialen Patienten als Lücke empfunden. Aus diesem Grunde war es wünschenswert, ehemals wegen Verwahrlosung in der Klinik hospitalisierte Patienten anhand ihrer Katamnese und der heutigen Befunde prognostisch zu beurteilen.

Die vorliegende Arbeit entstand aus der Sicht der psychiatrischen Klinik und beschränkt sich auf dort hospitalisiert gewesene Patienten. Dieses Krankengut unterscheidet sich in mancher Hinsicht von jenem anderer Autoren (*S.* und *E. Glueck*, *Frey*, *Meyer* und andere), indem bei unseren Untersuchungen einerseits Patienten beiderlei Geschlechts berücksichtigt wurden und anderseits nicht alle Jugendlichen straffällig geworden waren. Diese Unterschiede wie auch die relativ kleine Anzahl der hier erfaßten Patienten gestatten demnach keine verbindlichen Aussagen über die spätere Lebensbewährung oder über die soziale Prognose im allgemeinen. Auch beabsichtigten wir nicht, anhand der Ergebnisse Rückschlüsse für die Aufstellung von Frühprognosen zu ziehen, da dazu viel umfassendere, den Rahmen dieser Arbeit weit überschreitende Untersuchungen nötig gewesen wären. Hingegen soll

auf Grund unserer Ergebnisse versucht werden, für die Klinik wichtige Folgerungen therapeutischer Art abzuleiten.

II. Aufgabenstellung

1. Definition der Begriffe

Verwahrlosung: Dieser Ausdruck wird in der Literatur sehr uneinheitlich umschrieben (vgl. *Rutishauser, Weber, Hoffmann* und andere). Hier wird mit Verwahrlosung ein Verhalten bezeichnet, das sich als Folge einer Vernachlässigung durch die erziehende Umwelt in mangelhafter sozialer Einordnung und in oppositioneller Haltung gegen die Gesetze der Gesellschaft äußert.

Jugendlich: Dieser Begriff ist hier nicht in Anlehnung an Art. 89 StGB zu verstehen (14. bis 18. Altersjahr), sondern umfaßt alle Verwahrlosten, die während ihres ersten Klinikaufenthaltes 15 bis 22 Jahre alt waren.

Prognose: Damit wird die Beurteilung des mutmaßlichen weiteren sozialen Verhaltens verwahrloster, aus der Klinik entlassener Jugendlicher bezeichnet.

2. Ziel der Untersuchung

Auf Grund der Themastellung und der Abgrenzung der darin enthaltenen Begriffe soll versucht werden, anhand anamnestischer und katamnestischer Erhebungen und in Kenntnis des heutigen psychischen und sozialen Befundes eine Gruppe von Jugendlichen mit manifesten Verwahrlosungserscheinungen im Hinblick auf ihre Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu beurteilen. Es ist beizufügen, daß ein Teil der Untersuchten heute nicht mehr zu den «Jugendlichen» gezählt werden kann, so daß bei diesen von «Erwachsenenprognose» gesprochen werden muß. Auf Grund des heutigen und des mutmaßlichen weiteren sozialen Verhaltens soll anschließend geprüft werden, ob sich gewisse therapeutische Rückschlüsse ergeben.

III. Gang der Untersuchung

1. Allgemeines Vorgehen

Es stellte sich die Aufgabe, über alle zu untersuchenden Patienten möglichst lückenlose und objektive Angaben und Befunde zu erhalten. Zu diesem Zweck wurden folgende Quellen benützt:

a) Krankengeschichten der psychiatrischen Klinik, enthaltend die anamnestischen Erhebungen, den Eintrittsstatus und den weiteren Verlauf bis zum letztmaligen Klinikaustritt.

b) Alle seit dem Klinikaustritt bis zum Abschluß dieser Arbeit (Dezember 1962) neu hinzugekommenen Akten folgender Basler Amtsstellen: Vormundschaftsbehörde, Administrativabteilung des Polizeidepartementes, Jugend- und Staatsanwaltschaft. Überdies wurden – soweit möglich – die katamnestischen Angaben von Anstalts- und Heimleitern, Arbeitgebern, Angehörigen und Bekannten berücksichtigt.

c) Katamnese und Beurteilung des Status praesens durch persönliche Untersuchung jedes einzelnen Kranken. Dabei wurden alle noch fehlenden oder unvollständigen Angaben, die für diese Untersuchung wichtig waren, anhand eines Fragebogens vervollständigt. Das Aufsuchen der ehemaligen Patienten erfolgte nach Möglichkeit unangemeldet, um einen möglichst realen Einblick in die aktuelle Lebenssituation zu erhalten.

2. Schwierigkeiten bei der Untersuchung

Im allgemeinen sind keine erheblichen Schwierigkeiten aufgetreten: Die befragten Amtsstellen zeigten bei der Beschaffung von Akten und Angaben großes Entgegenkommen, und die Mehrzahl der zu Untersuchenden beantwortete die ihnen gestellten Fragen bereitwillig. Allerdings war es wegen Wegzugs, Verheiratung, Scheidung usw. nicht immer leicht, den jetzigen Wohnort der Patienten festzustellen. Aus diesem Grunde konnten von den ursprünglich 42 zur Untersuchung vorgesehenen Jugendlichen nur deren 34 eruiert werden; der Aufenthaltsort der restlichen acht Patienten war entweder unbekannt, oder aber sie waren landesabwesend und konnten deshalb in der Kasuistik nicht berücksichtigt werden.

Gewisse Schwierigkeiten ergaben sich bei der persönlichen Untersuchung, indem einzelne Kranke nicht alle Fragen beantworten konnten: Weit zurückliegende Ereignisse waren oft vergessen worden, oder Auskünfte wurden aus persönlichen Gründen (Trotzreaktionen, Mißtrauen usw.) verweigert. Überall dort, wo das Fehlen einzelner Angaben für die Auswertung von Wichtigkeit ist, wird speziell darauf hingewiesen werden.

IV. Kasuistik

1. Kriterien bei der Auswahl der Fälle

Vom Krankengut der Jahre 1945–1961 wurden die Patienten nach folgenden Kriterien ausgesucht:

a) Vorhandensein einer hochgradigen «manifesten Verwahrlosung» *(Aichhorn)*.

b) Keine Anhaltspunkte für das gleichzeitige Bestehen einer endogenen oder organischen Psychose.

c) Klinikaufenthalte der Patienten zwischen deren 15. und 22. Altersjahr.

2. Zahlenmäßige Erfassung der untersuchten Jugendlichen

Insgesamt wurden 34 Jugendliche untersucht, von denen 25 weiblichen und 9 männlichen Geschlechts waren. Dieser deutliche Geschlechtsunterschied (74 % : 26 %) wird zur Hauptsache dadurch erklärt, daß für weibliche Verwahrloste in unserem Land weniger entsprechende Erziehungsinstitutionen zur Verfügung stehen und sie deshalb eher der Klinik zugewiesen werden als männliche Verwahrloste. In der Art der Verwahrlosungsmanifestationen zeigen sich jedoch nachweisbar geschlechtsbedingte Unterschiede, wie dies aus der aufgeführten Kasuistik hervorgeht (vgl. *Voigtländer* und *Gregor* und andere).

Abbildung 1 zeigt die Anzahl der pro Jahr erstmals in die Klinik Eingewiesenen. Dabei ist die deutliche Zunahme in den Jahren 1959 bis 1961 auffallend.

Abbildung 1

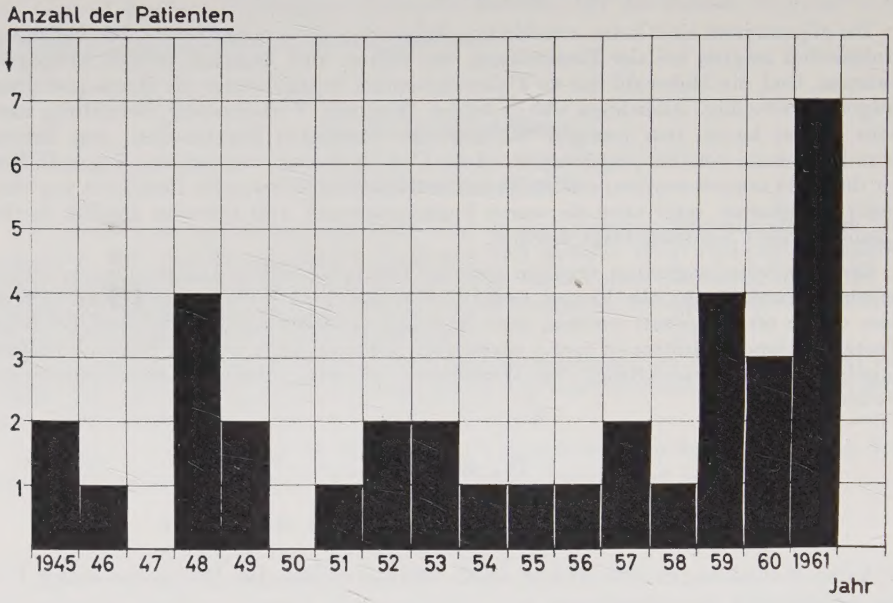
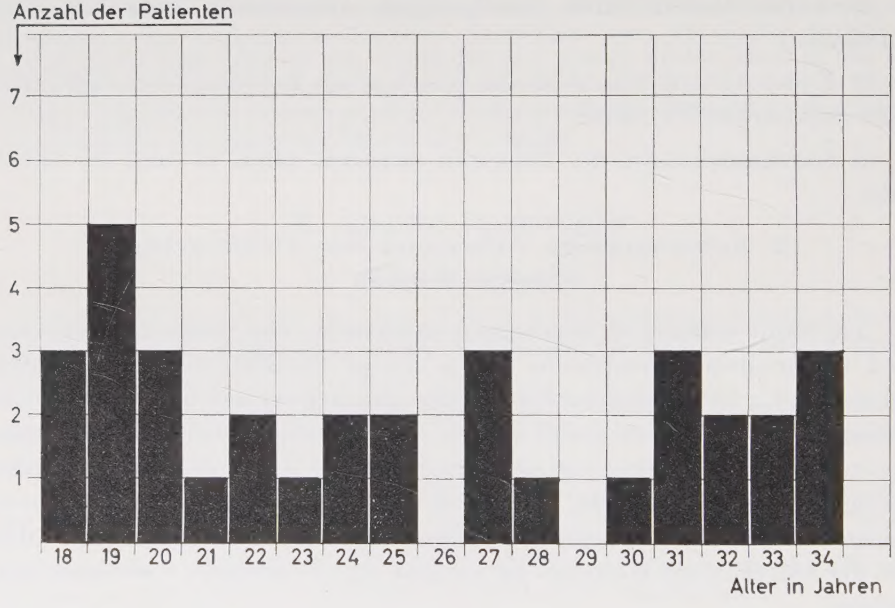


Abbildung 2

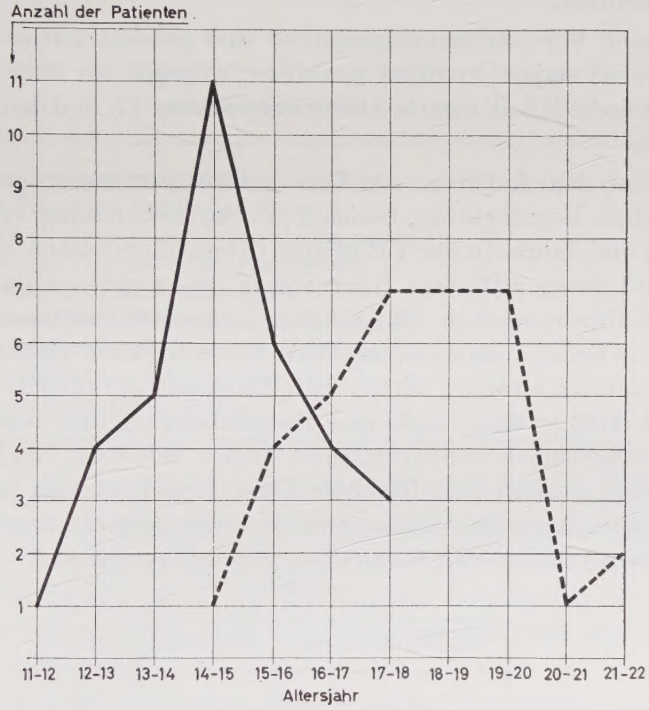


In Abbildung 2 ist das jetzige Alter der Untersuchten, bezogen auf Ende Dezember 1962, dargestellt. Man beachte, daß 62 % aller Fälle den Altersklassen 18 bis 20 beziehungsweise 31 bis 34 angehören. Ein

Vergleich dieser beiden Gruppen wird später bei der Beurteilung der Prognose von Interesse sein.

Aus den beiden Abbildungen ergibt sich, daß der heutige Altersunterschied zwischen den ältesten und den jüngsten Untersuchten 16 Jahre beträgt und auch die Zeitspanne, während der die Patienten für diese Arbeit erfaßt wurden, 16 Jahre umfaßt. Die 34 untersuchten Jugendlichen entsprechen

Abbildung 3



nicht dem Total der seit 1945 in die Basler Klinik aufgenommenen Verwahrlosten: Einmal sind jene schon erwähnten sieben Patienten in Abzug zu bringen, bei denen in Unkenntnis des jetzigen Wohnortes eine persönliche Kontaktnahme unmöglich war. Sodann wurden diejenigen Jugendlichen nicht berücksichtigt, bei denen die Verwahrlosung im Gefolge organischer und endogener Psychosen oder hochgradiger Oligophrenie auftrat.

In der Abbildung 3 zeigt die ausgezogene Kurve (——) das Manifestwerden typischer Verwahrlosungssymptome in Relation zum Alter der Jugendlichen. Aus der anderen Kurve (---) wird das Alter bei erstmaligem Klinikeintritt ersichtlich.

Zu Abbildung 3 muß bemerkt werden, daß zwar das Eintrittsalter in die Klinik genau ermittelt werden kann, das Alter beim Auftreten erster Verwahrlosungserscheinungen oft jedoch nur approximativ. So ist beispielsweise der Zeitpunkt erstmaliger Straffälligkeit nur selten mit dem Manifestwerden eines Verwahrlosungszustandes identisch. Es ist also anzunehmen, daß die Altersangaben für das Erstauftreten von Symptomen der Verwahrlosung nicht überall genau den Tatsachen entsprechen, wodurch die ausgezogene Kurve leicht modifiziert würde. Dennoch werden aus dieser Abbildung zwei Fakten ersichtlich:

1. Typische Verwahrlosungssymptome sind gehäuft zwischen dem 14. und dem 16. Altersjahr manifest geworden, wogegen der erste Eintritt in die psychiatrische Klinik mehrheitlich zwischen dem 17. und dem 20. Altersjahr erfolgte.

2. Zwischen dem Auftreten von Verwahrlosungserscheinungen und einer psychiatrischen Begutachtung beziehungsweise Behandlung vergingen im Mittel etwa drei Jahre. In der Tat zeigten die anamnestischen Erhebungen, daß während dieses zeitlichen Intervalls in den meisten Fällen versucht wurde, mit fürsorgerischen Maßnahmen (vormundschaftliche Kontrolle, Einweisung in Erziehungsheime usw.) eine Besserung zu erreichen. Die nachstehend genannten Gründe, die zur Klinikeinweisung führten, zeigen, daß letztere erst dann erfolgte, wenn eine Hospitalisierung aus therapeutischen Gründen unumgänglich wurde (wegen zu starker Belastung von Erziehungsheimen infolge wiederholten Durchbrennens, Suizidversuchs, häufiger Aggressionen, homosexueller Manifestationen usw.) oder wenn wegen Straffälligkeit ein psychiatrisches Gutachten verlangt wurde.

Klinikaufenthalte	Patienten
1 ×	15
2 ×	10
3 ×	5
4 ×	2
5 ×	0
6 ×	1
7 ×	1

Aus der obenstehenden Aufstellung wird ersichtlich, wie oft die Untersuchten in psychiatrischen Kliniken (inklusive die nichtbaslerischen) eingewiesen wurden. Dabei wird später noch gezeigt werden, ob beim einzelnen Patienten zwischen der Anzahl der Klinikaufenthalte und der Prognosenstellung eine Korrelation besteht.

3. Übersicht über die Gründe, die zur erstmaligen Einweisung führten

Obwohl in allen Fällen ein ausgesprochener Verwahrlosungszustand Grundursache der Einweisung war, zeigte sich doch, daß die Ereignisse, welche eine unmittelbare Überweisung in die Klinik erforderten, recht verschiedenartig waren. Die psychiatrische Hospitalisierung wurde entweder durch den Gerichtsarzt (Amtsarzt), durch die Vormundschaftsbehörde oder, bei einigen Jugendlichen, im Einverständnis der Eltern durch den Hausarzt veranlaßt.

Einweisungsursache	Anzahl der Fälle
Durchbrennen, Arbeitsscheu, nächtliches Vagieren	11
Wiederholte Flucht aus Erziehungsheimen	6
Suizidversuch mit meist demonstrativem Charakter	4
Aggressionen und Trotzreaktionen gegen Eltern	4
Versuchter Eintritt in die Fremdenlegion	2
Nahrungsverweigerung (Untersuchungshaft, Anstalt)	2
Wegen Diebstahls vom Gericht zur Begutachtung	2
Reaktive Depression mit Trotzreaktion	2
Randalieren in betrunkenem Zustand	1

Aus dieser Übersicht geht hervor, daß die Hälfte aller Jugendlichen der Klinik zugeführt werden mußte, weil sie entweder wegen mehrmaligen Durchbrennens ins Ausland, ausgesprochener Arbeitsscheu und nächtlichen Vagierens auf der Straße und in übelbeleumdeten Lokalen für die Umgebung untragbar geworden waren, oder aber, weil sie wiederholt aus Erziehungsheimen entwichen waren.

Die vier erwähnten Fälle von Suizidversuchen sind lediglich als unmittelbare Ursache zur erstmaligen Klinikeinweisung aufzufassen. Tatsächlich konnten aber in viel größerem Umfang, nämlich bei 19 der 34 Patienten, ein- oder mehrmalige Suizidversuche festgestellt werden. Der auslösende Faktor war dabei immer ein Zusammenwirken einer reaktiven Depression von trotzig-aggressivem Charakter *(Kielholz)* und einer demonstrativen Komponente im Sinn eines Appells an die Umgebung.

4. Kasuistik anhand typischer Beispiele

Die Darstellung der Kasuistik war vom Bestreben geleitet, ähnlich geartete Fälle zu gruppieren, und zwar sowohl auf Grund der Symptomatologie wie auch der Pathogenese.

A. Gruppierung der Fälle mit ähnlicher Symptomatologie

Die anamnestischen Erhebungen zeigten zwar, daß in jedem Fall vielfältige Verwahrlosungserscheinungen festzustellen waren. Dennoch ermöglichte das meist deutliche Vorherrschen eines Symptoms eine Zusammenziehung aller untersuchten Patienten in einige Gruppen; wir werden sie in der Folge durch je ein typisches Beispiel zu charakterisieren versuchen.

Bei der überwiegenden Mehrheit der weiblichen Jugendlichen standen sexuelle Verwahrlosungserscheinungen im Vordergrund. Dabei fanden sich alle Übergänge vom sexuellen Früherlebnis über wahllosen Sexualverkehr mit Gleichaltrigen bis zur eigentlichen Prostitution. In diesem Zusammenhang hat die Untersuchung ergeben, daß bei den 25 Mädchen die ersten sexuellen Beziehungen durchschnittlich im Alter von 16 Jahren stattfanden (mit Extremwerten von 13 beziehungsweise 19 Jahren). Die Menarche trat im Mittel mit 13 Jahren auf (bei zwei Patientinnen keine Angaben). Somit betrug das Intervall zwischen Beginn der Menstruation und ersten sexuellen Beziehungen im Mittel 3 Jahre.

Beispiel 1: Die 34jährige Patientin verbrachte ihre frühe Kindheit in denkbar ungünstigen Verhältnissen: Die Mutter wird als uneinsichtige, grobe und debile Pyknika geschildert, der Vater war ein brutaler Alkoholiker, der angeblich vor den Augen der Patientin mit seiner 12jährigen Stieftochter koitierte. Überdies wußte die Patientin um die außerehelichen Verhältnisse ihrer Eltern (die beide vorher schon einmal verheiratet gewesen waren) und bekam oft Schläge wegen ihrer – bis heute bestehenden – Enuresis nocturna.

1936 wurde die Ehe geschieden, und die damals 7jährige Patientin besuchte in einem Kinderheim die Schule. Mit der Zeit traten dort die ersten Schwierigkeiten auf, indem die Patientin lernfaul wurde, zu lügen begann und kleine Diebstähle beging. Aus diesem Grunde wurde 1942 die Verbringung in Erziehungsheime nötig, wo sie wiederholt durchbrannte und von anderen Mädchen sexuell ungünstig beeinflußt wurde, ohne je richtig aufgeklärt worden zu sein (Menarche mit 11 Jahren).

1944 wurde versucht, das Mädchen an einer Haushaltstelle zu plazieren. Dieser Versuch mißlang, da sie bald mit einem gleichaltrigen Burschen durchbrannte und sexuelle Beziehungen hatte. In der Folge wiederholten sich diese oft, und sie gab sich wahllos Männern hin, einmal sogar in der Weise, daß 6 Insassen eines Interniertenlagers sich nacheinander an der 15jährigen vergingen.

Diese Entwicklung veranlaßte die Jugendanwaltschaft zur Einweisung in die psychiatrische Klinik. Die Untersuchung ergab eine starke Verwahrlosung vorwiegend sexueller Art bei einer triebhaften Psychopathin in der Pubertät. Die Intelligenzprüfung zeigte leicht unterdurchschnittliche Ergebnisse sowie das vollkommene Fehlen geistiger Interessen. In der Folge war die Patientin zwischen 1945 und 1948 insgesamt fünfmal in der Klinik, wo sie sich immer als gutmütig, hilfsbereit und nett erwies. Sobald sie aber in ein Heim oder an eine Haushaltstelle entlassen wurde, zeigten sich wieder Verwahrlosungserscheinungen (wahllose sexuelle Beziehungen mit Akquirieren einer Gonorrhoe, wiederholte kleine Diebstähle usw.). Dabei war meist das große Anlehnungsbedürfnis der Patientin bei gleichzeitiger Kritiklosigkeit und mangelndem Durchhaltevermögen schuld an den Entgleisungen.

1951 lernte die Patientin einen Chemiearbeiter kennen, mit dem sie nach der außerehelichen Geburt eines Mädchens im Konkubinat lebte. 1954 erfolgte auf Grund einer reaktiven Depression ein erweiterter Suizidversuch wegen angeblicher Untreue des Kindsvaters, worauf die Patientin zum sechsten Mal in die Klinik eingewiesen wurde.

Nach ihrer Entlassung lernte sie einen «Freund» kennen, der sich aber bald als Zuhälter erwies. Es kam nun zur eigentlichen Prostitution, zum exzessiven Alkoholgenuß (Pernod) sowie zum Verlust der Arbeitsstelle. Dies veranlaßte den Vormund zur Einweisung in eine geschlossene Arbeitserziehungsanstalt (1956). Während dieser zweijährigen Versorgung hatte sich die Patientin dort gut eingefügt. Nach der Entlassung machte sie abermals die Bekanntschaft eines brutalen Zuhälters (ehemaliger Mitinsasse der Anstalt). Dabei kam es zu Beischlafdiebstählen und erneutem Stellenverlust.

Im Frühling 1962 ist die Patientin nach einer weiteren Liebesenttäuschung freiwillig wieder in die Arbeitserziehungsanstalt eingetreten, wo sie auf Grund einer recht tragfähigen Bindung zum Verwalter-Ehepaar in den letzten Monaten verantwortungsbewußter und geistig interessierter wurde. Der Status praesens wie auch die Angaben der Anstaltsleitung berechtigen zur Hoffnung, daß die heutige soziale Prognose trotz der vorliegenden Anamnese nicht ungünstig ist.

Das eben geschilderte Beispiel ist – wie schon erwähnt – typisch für die große Mehrheit der untersuchten weiblichen Verwahrlosten. Nur bei wenigen Patientinnen traten die sexuellen Verwahrlosungserscheinungen in den Hintergrund gegenüber flegelhaftem Benehmen, Aggressionen und nächtlichem Vagieren, wozu das folgende Beispiel eine Illustration sein soll.

Beispiel 2: Der Vater der heute 19jährigen Patientin war vor 10 Jahren wegen eines Suizidversuchs (neurotische Depression) in psychiatrischer Behandlung. Er erwies sich als schizoider Autist, der sich nach schwerer Jugend zum Direktor hinaufgearbeitet hatte. Seine erste Frau – die Mutter der Patientin – war eine unintelligente, hilflose, unbeherrscht-triebhafte und gemütsarme Hilfsarbeiterin, die ihren Mann anfänglich bemutterte, später aber seiner Entwicklung nicht mehr zu folgen vermochte, so daß es nach 8jähriger Ehe zur Scheidung kam. Überdies ist in bezug auf die Heredität zu erwähnen, daß der Großvater väterlicherseits Alkoholiker war und als 50jähriger mit seiner Geliebten einen erweiterten Suizid beging.

Nach der Scheidung wurden die Kinder der Mutter zugesprochen. Inzwischen hatte der Vater ein zweites Mal geheiratet, 1956 heiratete auch die Mutter wieder. Von dieser Zeit an wurde die Patientin vom Vater immer mehr verwöhnt: Er wollte das Kind auf seine Seite bringen und nahm es dann einige Wochen zu sich, bis er sah, daß er ihm nicht mehr gewachsen war, da es log, stahl und faul war. Die Patientin kehrte wieder zur Mutter zurück und wurde dort Zeugin der in Brüche gehenden Ehe mit dem Stiefvater. Da unterdessen ihre Schwester wegen Verwahrlosung in ein Heim versorgt werden mußte und die Mutter selten daheim war, blieb die 14jährige oft sich selbst überlassen zu Hause.

1958 wurde die Patientin aus der Schule, wo sie durch viele Streiche und freches Benehmen aufgefallen war, entlassen und arbeitete ein Jahr lang als Schwesternhilfe in einem Altersheim der Westschweiz. Nach Basel zurückgekehrt, begann sie eine Lehre als Blumenbinderin, wurde dann aber zunehmend frecher und trotziger und vagierte nächtelang mit Gleichaltrigen umher. Dies machte 1960 die Einweisung in verschiedene Mädchenheime nötig. Sie brannte mehrmals durch und mußte schließlich wegen Aggressionen und Suiziddrohungen der psychiatrischen Klinik Zürich zugewiesen werden. Nach der dortigen Entlassung trat noch eine Verschlimmerung ihrer Verwahrlosuug ein. Sie wurde in vermehrtem Maße sexuell enthemmt und kurz vor Klinikeintritt noch von einem Lehrling aus dem Betrieb des Vaters geschwängert.

Die psychiatrische Untersuchung ergab eine ausgesprochene Stimmungslabilität mit bald läppisch-euphorischem, bald theatralisch-trotzigem Benehmen. Wegen unmotivierter Aggressionen und distanzlosen, inadäquaten Verhaltens mußte nebst der sicher vorhandenen milieubedingten Fehlentwicklung an eine aufgepfropfte episodische Störung psychotischer Natur (Manie oder Hebephrenie) gedacht werden. Aus diesem Grund war gemäß Art. 120 StGB eine Interruptio der bestehenden Gravidität indiziert. Nach fünfmonatigem Klinikaufenthalt, während dem nur eine leichte Besserung erreicht worden war, wurde die Patientin als Hilfsschwester in einem Spital plaziert.

Nicht zuletzt dank einer sehr engen und positiven Bindung an eine Fürsorgerin der Klinik wurde seither erreicht, daß die Patientin jetzt schon über ein Jahr zur Zufriedenheit arbeitet. Abgesehen von einer leichten affektiven Labilität konnte kein abnormes Verhalten mehr festgestellt werden. Wie bei der ersten Patientin wird auch hier die Prognose davon abhängen, ob es durch weitere intensive fürsorgerische Betreuung gelingt, der Patientin ein Gefühl der Geborgenheit und mitmenschlichen Wärme zu vermitteln. Ihre Verwahrlosungssymptome waren ja nichts anderes als eine Auflehnung gegen die Umwelt und hatten ihre Ursache im Fehlen jener «Nestwärme», welche die charakterabnormen, sich streitenden und sozial verschiedenen Eltern durch die unkonsequente und ambivalente Erziehung dem Kind nicht zu geben vermochten.

Bei der Mehrzahl der männlichen Jugendlichen äußerte sich die Verwahrlosung in Diebstählen, Einbrüchen, Betrügereien, Zechprellereien usw., wie dies aus Beispiel 3 hervorgeht.

Beispiel 3: Die familiären Verhältnisse des heute 23jährigen Patienten waren im allgemeinen geordnet. Allerdings wurde sein um 9 Jahre älterer Bruder von der Mutter bevorzugt, und der Patient fühlte sich deshalb seit seiner Kindheit zurückgesetzt und unerwünscht. Anderseits wurde er von seinem Vater, der als hyperthymer und stimmungslabiler Psychopath mit Neigung zu Hypochondrie und Querulanz charakterisiert wird, verwöhnt.

In der Schule zeigte unser Patient mittelmäßige Leistungen; er wurde damals als eigenwilliger, lernfauler und unsteter Wildfang geschildert. Aus der Schule entlassen, begann der 16jährige eine Bauzeichnerlehre. Inzwischen war er zu einem kräftigen, äußerlich recht maskulin und sportlich wirkenden jungen Mann herangewachsen, der sich eifrig und mit gutem Erfolg verschiedenen Sportarten widmete. Es war daher fast zu erwarten, daß er sich in der Rolle eines Mädchenbetörers zu gefallen begann, denn nun mußte er sich endlich nicht mehr zurückgesetzt vorkommen. In diese Zeit fallen denn auch seine ersten sexuellen Beziehungen sowie kleinere Diebstähle und Lügen. Der Patient wurde arrogant, uneinsichtig und rücksichtslos. Er begann der Arbeit fernzubleiben und sich dafür einem inhaltlosen Nachtleben hinzugeben. Die Diebstähle wurden immer häufiger, dazu kamen noch Betrügereien und Zechprellereien. Immerhin absolvierte er 1958 dank guter Intelligenz die Lehrabschlußprüfung. Nach der Entwendung eines Autos wurde er schließlich in Untersuchungshaft gesetzt, dann provisorisch freigelassen und nach neuen Diebstählen Ende Dezember 1958 wieder verhaftet. Kurz darauf erfolgte die Überweisung an die Klinik zum Zweck einer psychiatrischen Begutachtung.

Dabei zeigte sich, daß die Ursache der wiederholten Delinquenz in einem starken Geltungsbedürfnis zu suchen war, welches sich als Kompensation zu den schon im Vorschulalter entstandenen Insuffizienzgefühlen entwickelt hatte. Bezeichnend für die ausgeprägte Renommiersucht war beispielsweise, daß sich der Patient oft als Student oder als Sohn eines Polizeioffiziers ausgab oder aber Umgang mit Homosexuellen vortäuschte. Sein willensschwacher, hyperthymer Charakter hatte die Verwahrlosung natürlich gefördert.

Im Anschluß an den dreiwöchigen Klinikaufenthalt wurde eine fünfmonatige, bedingt erlassene Freiheitsstrafe ausgesprochen. In der Folge ist der Patient bis heute nicht mehr straffällig geworden und hat sich sowohl an den Arbeitsplätzen wie auch im Militärdienst recht gut bewährt. Heute ist er verheiratet und Vater eines 1jährigen Buben. Der psychische Status praesens zeigt, daß nach wie vor ein starkes Geltungsbedürfnis besteht, was schon aus dem übertrieben selbstsicheren Auftreten, der manierten Sprechweise und dem Bagatellisieren der früheren Delikte hervorgeht. Trotzdem ist – verglichen mit dem früheren dissozialen Verhalten – doch eine erfreuliche Stabilisierung zu erkennen, an deren Zustandekommen nebst der Überwindung der Pubertätsschwierigkeiten sicher auch die verbüßte Untersuchungshaft und die jetzige, offenbar recht harmonische Ehe ihren Anteil haben. Die Prognose dürfte beim Patienten zwar nicht ungünstig, aber doch keineswegs gesichert sein.

Bei einer vierten Gruppe von Patienten stand beginnender Alkoholismus im Vordergrund. Zwar kam es auch hie und da bei Mädchen im Gefolge sexueller Verwahrlosung sekundär zu exzessivem Alkoholkonsum (vgl. Beispiel 1). Bei der jetzt erwähnten, allerdings kleinen Gruppe männlicher Verwahrloster hingegen war der Alkoholabusus Hauptursache weiterer Verwahrlosungserscheinungen, wie dies im folgenden Beispiel 4 zum Ausdruck kommt.

Beispiel 4: Bei dem jetzt 31jährigen Mann finden sich in der Heredität Fälle von Alkoholismus bei Geschwistern sowohl des Vaters wie auch der Mutter. Der Vater selbst starb an einem Schießunfall, als der Patient 10jährig war. Auf dieses Ereignis reagierte der Junge, der als Säugling ein nervöses Schreikind gewesen war und bis in die Schulzeit einnäßte, mit zunehmendem Ungehorsam zu Hause. Die Leistungen in der Schule nahmen merklich ab, und er begann frühzeitig zu rauchen und zu trinken. Nebst dem regelmäßigen Bierkonsum unter der Woche kam es an Samstagen meist zu schweren Rauschzuständen mit allen Begleiterscheinungen. In der Folge blieben natürlich Streit an den Arbeitsplätzen (Unverträglichkeit, Nichterscheinen an der Arbeit usw.) und damit häufiger Stellenwechsel nicht aus, ebensowenig wie die ungünstige Beeinflussung durch gleichgesinnte Arbeitskollegen. Straffällig ist der Patient bis heute jedoch nie geworden.

1951 war der Mann zur Begutachtung in der psychiatrischen Klinik. Das bei dieser Gelegenheit gegebene Abstinenzversprechen konnte er nur wenige Wochen halten. Kurze Zeit nach dem Tode der Mutter verheiratete sich der damals 23jährige. Anfänglich harmonierte die Ehe ganz ordentlich, später kam es zunehmend zu Streitereien und schließlich zur Trennung, wobei die Untreue der Ehefrau eher Folge als Ursache des nach wie vor beträchtlichen Alkoholgenusses ihres Mannes gewesen sein dürfte.

Zurzeit wirkt der Patient sehr reizbar und stimmungslabil, was zusammen mit der jetzt im Gang befindlichen Scheidung eine Konsolidierung in bezug auf Alkohol sehr fraglich erscheinen läßt.

Im Zusammenhang mit der Frage des Alkohols wurde auch das eventuelle Vorhandensein von Nikotin- und Medikamentenabusus untersucht. Dabei ergab sich, daß zwar bei keinem der Untersuchten eine Toxikomanie vorlag (Weckamine, Phenacetin, Morphin, Marihuana usw.), hingegen mit wenigen Ausnahmen ein starker Zigarettenkonsum bestand. So waren von den 25 befragten Mädchen nur 3 Nichtraucherinnen, von den übrigen rauchte jede im Durchschnitt täglich 20 Zigaretten. Bei den 9 männlichen Untersuchten

fanden sich 2 Nichtraucher, die durchschnittliche tägliche Verbrauchsmenge der übrigen 7 belief sich auf 25 Zigaretten. Dieses an sich schon erhebliche Ausmaß wird noch größer, wenn man berücksichtigt, daß von den Patienten meist zu kleine Mengen angegeben werden.

B. Gruppierung der Fälle auf Grund der Pathogenese

Aus den geschilderten Beispielen geht hervor, daß am Zustandekommen von Verwahrlosungserscheinungen verschiedene ursächliche beziehungsweise begünstigende Faktoren beteiligt sind. Diese können gemäß der allgemein üblichen Einteilung *(Gruhle, Toebben, Montalta)* in zwei große Gruppen zusammengefaßt werden: 1. Konstitutionelle, anlagebedingte Faktoren, 2. Exogene, aus der Umwelt einwirkende Momente. Wie schon zahlreiche Autoren (*Villinger* und *Stutte, Meyer, Rutishauser, Leferenz* und andere) betonten und wie dies auch die vorliegenden Untersuchungen bestätigten, wirken jedoch immer endogene und exogene Momente bei der Entstehung der Verwahrlosung zusammen («mehrdimensionale Betrachtungsweise»), wobei es meist kaum möglich ist, den Anteil dieser zwei Faktorengruppen gegeneinander abzuwägen (vgl. *Hoffmann*).

Bei den von uns erfaßten Patienten wurden unter den endogenen Entstehungsbedingungen hauptsächlich Psychopathien gefunden. Bei etlichen Patienten war der Einfluß der Pubertät maßgebend an der Verwahrlosung beteiligt. Daneben bestand in 5 Fällen leichte Debilität als Disposition zu asozialem Verhalten. An schädigenden Umwelteinflüssen wurden besonders festgestellt:

- Erziehungsfehler der Eltern: Schlechtes Vorbild, Vernachlässigung, Überforderung, Verwöhnung, Bevorzugung, Inkonsequenz.

  Verführung durch Kameraden, Mitzöglinge, Dirnen, Homosexuelle.
- Ungünstige Beeinflussung durch Lektüre, Film usw.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach den Ursachen für die Zunahme der Verwahrlosungserscheinungen in den letzten Jahren (vgl. auch Abb. 1). Es hat sich gezeigt, daß auch bei den hier untersuchten Patienten sich oft jene schon vielerorts beschriebene Reifungsdissoziation findet als Resultat einer retardierten Charakterentwicklung einerseits und einer Akzeleration der körperlichen Reife anderseits *(Bennholdt-Thomsen, Villinger, Undeutsch, Muchow, Hoffmann)*. Ein weiterer Grund für die Zunahme liegt in der auch hier nicht selten festgestellten veränderten Struktur von Familie, Beruf und Freizeit («Schlüsselkinder», «Wohlstandswaisen», «Freizeitkonsumententum», uneheliche und Scheidungskinder, vgl. *Haffter, Kaiser, Hunkeler, Bitter, Wilfert*).

Von den 3 in der Folge in ihrem Werdegang geschilderten Verwahrlosungspatienten liegt dem Beispiel 5 eine vorwiegend endogene Ätiologie zugrunde, wogegen in Beispiel 6 exogene, das heißt Milieuschäden die hauptsächlichste Krankheitsursache sind. Das Beispiel 7 schließlich zeigt einen Fall von neurotischer Verwahrlosung. Dabei muß nochmals betont werden, daß keinem der 3 Fälle rein endogene beziehungsweise exogene Ursachen zugrunde liegen, sondern alles ätiologische Mischformen sind, mit Vorherrschen bald der einen, bald der anderen Komponente.

Beispiel 5: Der heute 34jährige Patient stammt aus einer ausgesprochenen Psychopathenfamilie, wobei besonders väterlicherseits eine ganze Reihe abnormer Charaktere vorkommen. Der Vater, ein hysterischer Psychopath, war wegen einer Versicherungsneurose und traumatischer Enzephalose wiederholt in der Basler psychiatrischen Klinik zur Begutachtung. Die Mutter wird als «böse, dumm-unkritische Konsumschwätzerin» bezeichnet. Eine Schwester des Patienten war früher arbeitsscheu und sexuell haltlos, und ein Bruder verbrachte wegen seines brutalen, stimmungslabilen Charakters viele Jahre in einem Heim. Ein weiterer Bruder ist zurzeit in der Fremdenlegion.

Die frühkindliche Entwicklung des Patienten soll normal verlaufen sein. Zwar ließ die Erziehung durch die Eltern oft eine nötige Strenge vermissen, über eigentlich ungünstige familiäre Verhältnisse lassen sich jedoch keine Angaben finden. Auffällig zeigte sich der Knabe erst im späteren Schulalter, in dem er stark beeinflußbar wurde und Hemmungen aller Art auftraten. Nach Schulaustritt hielt er es an keinem Arbeitsplatz lange aus. Von den Arbeitgebern wurde er als unstet und faul bezeichnet; er arbeitete schlecht und blieb unmotiviert der Arbeit fern. Mit 18 Jahren erstmalige und in der Folge häufige und wahllose intime Beziehungen. Zu erwähnen ist noch, daß der Patient ein sehr guter Schwimmer war und schon mehrere Ertrinkende rettete.

Wegen versuchter Flucht in die Fremdenlegion wurde der damals 19jährige in die psychiatrische Klinik eingewiesen. Hier diagnostizierte man eine Verwahrlosung eines willensschwachen, unstet-überempfindlichen Psychopathen. Bei Eintritt war er trotzig-ablehnend, später gutmütig-zutraulich und noch später arrogant und frech.

Bald nach Klinikaustritt häuften sich die Klagen über den nun 20jährigen: Er sei weiterhin arbeitsscheu, ohne Initiative, aufbrausend, uneinsichtig und vertrotzt. In diese Zeit fällt auch die Bekanntschaft mit einem Mädchen, mit dem er nach der außerehelichen Geburt eines Kindes im Konkubinat lebte. In den folgenden Jahren 1952 bis 1958 beging der Patient eine ganze Reihe von Delikten (Diebstähle, Versicherungsbetrug, Veruntreuung, Zuhälterei, Urkundenfälschung). Überdies begann er zu trinken und wechselte weiterhin häufig den Arbeitsplatz.

1958 erfolgte die Heirat mit seiner langjährigen Geliebten, und einen Monat später kam es zur Geburt von Zwillingen. 1960 mußte der Patient wegen Vernachlässigung von Unterstützungspflichten gegenüber einem 17jährigen Mädchen, das er vor der Heirat geschwängert hatte, sowie wegen Veruntreuung eine viermonatige Gefängnisstrafe verbüßen (die Strafverfahren wegen der früheren Delikte waren mangels Beweisen oder aus anderen Gründen eingestellt worden).

Nach der Entlassung aus dem Gefängnis trat fast schlagartig eine Besserung ein: Der Patient begann regelmäßig und fleißig zu arbeiten und sorgte gewissenhaft für seine Familie. Weitere Delikte sind bis jetzt unterblieben. Wenn somit heute eine recht günstige soziale Prognose gestellt werden darf, dann einerseits wegen der heilsamen Wirkung der verbüßten Strafe (wie dies der Patient selbst betont), anderseits aber auch dank dem positiven Einfluß seiner tüchtigen Frau, welche ihren schwer verwahrlosten und kriminell gewordenen Mann nie verließ und auch heute den Eindruck einer zuverlässigen Mutter und Hausfrau hinterläßt.

Beispiel 6: Die Patientin, heute 21jährig, wurde in Norddeutschland geboren. Ihr Vater war dort Melkermeister auf einem Gutsbetrieb und ist auch heute als ruhiger, tüchtiger, wenn auch zeitweise etwas reizbarer Chemiearbeiter bekannt. Die Mutter zeigte sich – oberflächlich gesehen – zwar einsichtig, hat aber doch einen recht egozentrischen, unaufrichtigen Charakter. Alles zurücklassend, floh die Familie 1943 in die Schweiz, wo sie sich durch harte Arbeit eine neue Existenz aufbaute.

Nach ihrem Austritt aus der Schule, wo die Patientin knapp mittelmäßige Leistungen gezeigt hatte, nahm sie eine Stelle als Bürogehilfin an. 1959 begann das bisher recht unauffällige Mädchen in einer Trotzreaktion auf Meinungsverschiedenheiten mit ihrem Vater, erstmals von zu Hause wegzulaufen. Aus einem Mädchenheim, wohin sie deswegen verbracht worden war, brannte sie durch und beging in der Westschweiz Zechprellereien und dann in Paris einen Beischlafdiebstahl. Nach der Schweiz zurückgekehrt, arbeitete sie für kurze Zeit als Kindermädchen, brannte abermals durch, diesmal nach Norddeutschland. Von dort kehrte sie per Fahrrad in verwahrlostem Zustand nach Basel zurück und wurde von der Polizei zur Begutachtung der Klinik zugeführt.

Bei der Exploration erwies sich die Patientin als verhalten, wenig initiativ und von unterdurchschnittlicher Intelligenz. Bei der vorhandenen Verwahrlosung mit Tendenz zu Kurzschlußreaktionen spielten ätiologisch ihre angeborene Stumpfheit und ihre leichte Willensschwäche wohl eine gewisse Rolle, doch war das abnorme Verhalten viel eher erziehungsbedingt: Der Vater hatte nie Zeit für seine Tochter, und die Mutter beachtete deren moralisches Absinken nicht. Überdies übten zweifelhafte Männerbekanntschaften und der Besuch übelbeleumdeter Lokale einen ungünstigen Einfluß auf das körperlich akzelerierte Mädchen aus.

Nach der Entlassung arbeitete die Patientin an zahlreichen Stellen, wurde zunehmend sexuell enthemmt und beging mehrere kleine Diebstähle. Von der Polizei aufgegriffen, reagierte sie mit einem demonstrativen Suizidversuch, so daß die Patientin nach dem dritten Klinikaufenthalt 1961 in einem Arbeitserziehungsheim plaziert werden mußte. Dort fügte sie sich nach anfänglichen Trotzreaktionen willig in die Anstaltsordnung ein, war aber nach wie vor zeitweise unehrlich, faul und verübte im ganzen 3 weitere Suizidversuche, von denen der letzte einen derart gefährlichen Verlauf nahm, daß die Patientin nur dank sofortiger Spitaleinweisung und Bluttransfusion am Leben erhalten werden konnte.

Seit kurzer Zeit ist die Patientin deshalb zum vierten Mal in der Klinik. Ihren letzten Suizidversuch motiviert sie damit, daß man sich nie richtig um sie gekümmert habe und der ihr versprochene Entlassungstermin nicht eingehalten worden sei. Es wird nun versucht werden, die Patientin unter Kontrolle wieder arbeiten zu lassen und durch geduldige Führung auf lange Sicht eine Konsolidierung zu erreichen, wobei allerdings angesichts der Schwierigkeiten, ihre positiven Kräfte zu mobilisieren, die Prognose zur Zeit nicht besonders günstig ist.

Beispiel 7: Die Heredität des heute 18jährigen Patienten ist außer dem Vorkommen einiger Fälle von Alkoholismus väterlicherseits und außer einem Suizid in der mütterlichen Verwandtschaft unauffällig. Im Vorschulalter war der Patient, ein Siebenmonatekind, häufig krank und wegen Spitalaufenthalten oft familienabwesend. Bis zum Schuleintritt näßte er häufig ein, litt unter nächtlichen Angstzuständen und zeigte noch andere neurotische Symptome (Nägelbeißen, Blinzeltic).

Schon in den ersten Schuljahren wird das Kind von den Lehrern als kontaktgestörter, durchschnittlich intelligenter, labiler Träumer geschildert. Erkundigungen ergaben, daß die Eltern getrennt schliefen, wobei die Mutter mit dem Wissen ihres Mannes zu einem Freund außereheliche Beziehungen unterhielt. Sie verhielt sich seit jeher ihrem Sohn gegenüber stark ambivalent, indem sie ihn einerseits verwöhnte und sich anderseits enttäuscht zeigte über die erzieherischen Schwierigkeiten, die das allzuoft sich selbst überlassene Kind bereitete. Letzterer Umstand war zusammen mit einem Velo-

diebstahl auch der Grund, weshalb der Patient 1953 unter vormundschaftliche Kontrolle gestellt und zu einer Familie auf das Land verbracht wurde. Dort verhielt er sich unauffällig und wurde zwei Jahre später von den Eltern wieder nach Basel zurückgeholt. Er beging in der Folge bald weitere Diebstähle und Betrügereien, meist ohne Bereicherungsabsicht. Zudem begann er häufig die Schule zu schwänzen, von zu Hause wegzulaufen oder Gebrauchsgegenstände zu zerstören. Daraufhin wurde der Patient für drei Jahre in ein Erziehungsheim verbracht, wo er sich oft frech und trotzig benahm, aber im allgemeinen doch wenig Schwierigkeiten bereitete.

Nach der Entlassung wurde versucht, den Patienten an mehreren Stellen zu plazieren; er arbeitete jedoch immer schlecht, oder er brannte durch. Zuletzt entwich er per Autostopp nach Mittelitalien und wurde dann 1961 zur Begutachtung in die Klinik eingewiesen. Nach dem Austritt verschlimmerte sich der Zustand weiter: Hatte der Patient früher auf Fremdplazierungen gut angesprochen, so reagierte er jetzt auch dort mit gehäuftem Weglaufen, unregelmäßiger Arbeit und Diebstählen, so daß er im Herbst 1962 erneut in die Klinik eingewiesen wurde.

Wie schon beim ersten Aufenthalt erwies er sich auch jetzt als stark kontaktgestört, selbstunsicher, empfindlich und wenig anpassungsfähig. Er zeigte weiterhin die Bereitschaft zu abnormen Fluchtreaktionen, indem er die Klinik mehrmals verließ, aber nach kurzer Zeit wieder spontan zurückkehrte. Auffallend waren auch das fehlende Durchhaltevermögen und die Unfähigkeit zum Aushalten von Spannungen. Im Rorschachtest konnte eine neurotisch-gestörte Affektivität festgestellt werden.

Obwohl sich seine Labilität, Ambivalenz und Oppositionshaltung seit der Pubertät verstärkten, wird die Annahme einer einfachen Pubertätskrise dem Symptomenbild in keiner Weise gerecht. Ebensowenig berechtigt die Tatsache, daß der Patient wegen mangelhafter Kollaboration für eine psychoanalytische Therapie kaum geeignet wäre, zur Diagnose einer Verwahrlosung auf psychopathischer Grundlage. Die geschilderten Symptome dieses inkonsequent erzogenen, bindungslosen und doch Kontakt suchenden Patienten sind typisch für eine neurotische Entwicklung im Sinn einer Charakterneurose mit wechselnden Verwahrlosungserscheinungen. Das weitere Vorgehen wird sich in diesem Fall auf eine psychagogische Führung beschränken müssen (über die Problematik der Therapie neurotischer Verwahrlosungsreaktionen vgl. *Dührssen*). Eine Prognose ist recht schwierig zu stellen, jedenfalls ist sie zurzeit nicht sehr günstig.

V. Untersuchungsergebnisse

1. Derzeitige soziale Prognose

A. Kriterien für die Beurteilung

Bei der Beurteilung der heutigen sozialen Prognose wurde zum vornherein von der Anwendung der sogenannten « intuitiven Methode » (subjektives Urteil auf Grund von Berufserfahrung, Gefühl und Menschenkenntnis) abgesehen. Solcherart gewonnene Prognoseurteile sind nach den neuesten Untersuchungen auch heute noch mit so hohen Fehlerprozentsätzen belastet, daß sie praktisch unbrauchbar sind *(Stutte, Leferenz, Middendorf)*. Statt dessen wurde versucht, die Patienten mittels eines Punktsystems (siehe Seite 19) prognostisch zu bewerten unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

a) Heredität: Es wurde untersucht, ob und wieweit in der Aszendenz des Patienten Psychopathien auftreten (in Tabelle Seite 21 aus Kolonne «einige Psychopathen » ersichtlich). Fand sich in der Heredität eine Häufung nicht nur von Psychopathien, sondern auch von Alkoholismus, Delinquenz, Suiziden und Debilität, so wurde dies in der zweiten Kolonne als «Häufung» vermerkt. Überdies wurde berücksichtigt, ob beim Patienten selbst eine eindeutige Abnormität des Charakters, des Temperaments oder

des Trieblebens (Psychopathie) oder der Intelligenz (Debilität) besteht (dritte und vierte Kolonne in Tabelle Seite 21).

b) Vergleichende Symptomatologie: Die beim ersten Klinikeintritt festgestellten Verwahrlosungssymptome wurden mit denjenigen verglichen, die bei Abschluß dieser Arbeit bestanden. Dabei zeigte sich, daß meistens nicht nur die Anzahl der Verwahrlosungsmanifestationen sich verändert hatte, sondern auch deren Schweregrad. Bei dieser vergleichenden Untersuchung wurden folgende Verwahrlosungssymptome berücksichtigt:

Äußerliche Verwahrlosung, Arbeitsscheu, Entweichen, Vagieren, häufiger Streit mit Eltern oder Amtspersonen (Vormund, Polizei, Lehrer usw.), Schuldenmachen, alkoholische Exzesse, sexuelle Verwahrlosung (wahlloser Sexualverkehr, Prostitution, Strichjungentum), trotzig-freches Benehmen, Lügenhaftigkeit, mehr oder weniger demonstrative Suizidversuche, Delikte (Diebstähle, Einbrüche, Aggressionen in Bandenformation, Betrügereien, Zuhälterei, Unzucht usw.).

c) Katamnese seit dem letzten Klinikaustritt: Während bei der vergleichenden Symptomatologie das psychische Zustandsbild bei Klinikeintritt dem Status praesens anläßlich der letzten Untersuchung gegenübergestellt wurde, sollen durch die katamnestische Untersuchung die dazwischenliegenden Ereignisse erfaßt werden. Dabei wurden folgende Punkte berücksichtigt:

1. Das legale Verhalten der Patienten (anhand der Akten der Jugend- und Staatsanwaltschaft sowie der Administrativabteilung des Polizeidepartementes Basel-Stadt).

2. Weitere Aufenthalte in Erziehungsheimen und Arbeitserziehungsanstalten sowie dortige Verhaltensweise (anhand der Vormundschaftsakten).

3. Berufliche Verhältnisse (Art der ausgeübten Berufe, Häufigkeit des Wechsels von Arbeitsplätzen).

4. Familiäre Verhältnisse: Beziehungen zu Eltern und Ehepartner, Anzahl der Ehescheidungen und der unehelichen Kinder.

Bei den 34 untersuchten Patienten variierte der Zeitraum zwischen der letzten Klinikentlassung und der neuerlichen Untersuchung von 1 bis zu 16 Jahren. Naturgemäß ist in kurzen Beobachtungszeiträumen die Gefahr von Fehlbeurteilungen größer als dort, wo der Klinikaustritt viele Jahre zurückliegt (umweltbedingte Erfolge und Entgleisungen von episodischem Charakter, soziale Anpassungsschwierigkeiten infolge Pubertät). In der nachfolgenden Tabelle wurden deshalb jene 11 Patienten, deren Klinikentlassung vor weniger als drei Jahren erfolgte, mit * bezeichnet; bei ihnen ist die soziale Prognose vorsichtiger zu bewerten als bei den übrigen.

d) Persönlichkeitsbild: Es wurde versucht, den psychischen Zustand der Patienten bei Abschluß dieser Arbeit zu erfassen. Dabei wurden besonders beachtet:

1. Äußere Merkmale: Kleidung, Körperpflege, Sprache, Gesichtsausdruck.

2. Gesamtverhalten: Uneinsichtig, trotzig, rechthaberisch, bagatellisierend.

3. Affektivität: Stumpf, reizbar, labil, oberflächlich.

4. Willenshaltung: Milieuabhängig, willensschwach, ambitendent.

e) Gegenwärtige Umweltfaktoren:

1. Heutige berufliche Situation: Art des Berufes, Tüchtigkeit (Angaben der Arbeitgeber, Aktenhinweise).

2. Derzeitige familiäre Verhältnisse (auf Grund persönlicher Beobachtungen und Angaben von Eltern und Ehepartner).

3. Materielle Situation: Wohnverhältnisse, allgemeiner Lebensstandard.

4. Persönliche Interessen, Freizeitbeschäftigungen, Umweltkontakt.

B. Ergebnisse und Diskussion

Wie schon angedeutet wurde, sollen die bei der Untersuchung der erwähnten Kriterien gewonnenen Angaben mit Hilfe eines Punktsystems ausgewertet und tabellarisch (siehe Tabelle Seite 21) zusammengefaßt werden.

Solche Punkteverfahren wurden in den umfangreichen Untersuchungen von *S.* und *E. Glueck, Frey* und anderen Autoren angewandt. Sie basieren auf der Registrierung von «Gut- und Schlechtpunkten», je nachdem, ob ein die Prognose positiv oder negativ beeinflussendes Merkmal beim Probanden gefunden wurde. Über die allgemeine Problematik solcher Verfahren sei auf die Literatur verwiesen *(Stutte, Middendorf, Frey, Leferenz, Meyer).*

In der Einleitung wurde betont, daß unser Krankengut in mancher Hinsicht von jenem der obengenannten Autoren abweicht (männliche *und* weibliche Probanden, Delinquenz nicht in allen Fällen vorhanden, größere Altersunterschiede der Patienten). Es war deshalb nicht möglich, eines der bereits bekannten Punkteverfahren auch für unsere Auswertung unverändert zu übernehmen. Bei der Aufstellung der Tabelle Seite 21 sind wir deshalb wie folgt vorgegangen:

Die 5 erwähnten, zur Beurteilung der Prognose dienenden Kriterien wurden in je 4 Einzelfaktoren aufgeteilt. Deren Vorhandensein beim Patienten wurde als prognostisch ungünstiges Zeichen gewertet und wird in der folgenden Tabelle durch ein Kreuz (+) vermerkt (= «Schlechtpunkt»). Somit wurden insgesamt 20 sich auf die soziale Prognose negativ auswirkende Faktoren berücksichtigt, und zwar:

Heredität:

1. Psychopathien in der Aszendenz.
2. Psychopathien, Alkoholismus, Suizide, Debilität und Delinquenz.
3. Psychopathie beim Patienten.
4. Debilität beim Patienten.

Katamnese:

5. Delinquenz nach Klinikaustritt.
6. Schlechte Führung in Heimen und Anstalten.
7. Arbeitsscheu, häufiger Berufswechsel.
8. Soziale Unangepaßtheit in Familie und Ehe, außereheliche Kinder, Scheidungen.

Persönlichkeit:

9. Äußere Verwahrlosung.
10. Dissoziales Gesamtverhalten.
11. Störungen der Affektivität.
12. Störungen der Willenshaltung.

Einzelheiten siehe Seite 18.

Heutige Umwelt:

13. Berufliches Fehlverhalten (unzuverlässig, faul).
14. Erhebliche familiäre oder eheliche Schwierigkeiten.
15. Selbstverschuldete prekäre materielle Verhältnisse.
16. Fehlen außerberuflicher Interessen.

Vergleichende Symptomatologie:

17. \+ = Verwahrlosung nur noch angedeutet.
18. \+\+ = Verwahrlosung gebessert, aber noch deutlich vorhanden.
19. \+\+\+ = Verwahrlosung gleich stark wie bei Klinikeintritt.
20. \+\+\+\+ = Verwahrlosung noch ausgeprägter als bei Klinikeintritt.

(○ = Keine Zeichen der Verwahrlosung mehr feststellbar).

Das Fehlen eines dieser prognostisch ungünstigen Merkmale wurde in der Tabelle durch einen Kreis (○) bezeichnet. Für die Schlußbeurteilung wurden die vorhandenen Einzelfaktoren addiert, so daß im prognostisch ungünstigsten Fall ein Punktwert von 20+ resultiert, der günstigste Punktwert beträgt 0. Die Beurteilung des mutmaßlichen weiteren sozialen Verhaltens erfolgte nun auf Grund der errechneten Anzahl Schlechtpunkte. Dabei bedeutet:

- «gut»: (0 bis 5+) Patient wird sich fortan mit größter Wahrscheinlichkeit straffrei halten und die ihm gestellten beruflichen und familiären Anforderungen ganz erfüllen.
- «bedingt gut»: (6+ bis 10+) Patient wird sich im großen ganzen straflos und sozial geordnet verhalten, doch ist mit kleinen episodischen Entgleisungen zu rechnen.
- «zweifelhaft»: (11+ bis 15+) Eine Besserung der vorhandenen Verwahrlosung ist möglich, eine Vollremission aber sehr unsicher.
- «ungünstig»: (16+ bis 20+) Es muß mit einer Fortdauer der Verwahrlosung über mehrere Jahre hinaus, eventuell sogar mit einer Verschlimmerung gerechnet werden.

Diskussion

An allen bisher bekannten Verfahren, erhaltene Angaben auf rechnerischem Weg zu einem Prognoseurteil zu verwerten, sind kritische Einwände geübt worden. *Villinger* hat darauf hingewiesen, daß die einzelnen Faktoren ungleichwertige Dinge verkörperten und nicht beliebig addiert werden dürften. *Leferenz* hob hervor, daß das Vorhandensein oder Fehlen eines statistisch als prognostisch bedeutsam ermittelten Faktors im konkreten Einzelfall durchaus vieldeutig ist. *Stutte* erwähnt mit Recht, daß auch diese Punkteverfahren nicht nur objektiv erfaßbare Merkmale berücksichtigen, sondern daß deren Zu- oder Aberkennung dem subjektiven Ermessen des Untersuchers anheimfalle. Schließlich ergeben sich aus der notwendigen Unterteilung in mehrere prognostische Gruppen naturgemäß Grenzfälle.

Wir sind uns bewußt, daß nebst dieser allgemeinen Problematik noch eingewendet werden kann, das hier angewandte Verfahren berücksichtige weder den Ausprägungsgrad noch die verschiedene prognostische Bedeutung der einzelnen Faktoren. Auch wurden bei unserer Beurteilung nur prognostisch ungünstige Faktoren berücksichtigt, nicht aber solche, die sich auf den weiteren Verlauf positiv auswirken können (= «Gutpunkte»).

Fall	Alter	Jahre seit Austritt	Heredität	Vergleichende Symptomatolog.	Katamnese	Persönlichkeit	Heutige Umwelt	Punkte	Prognose
			Einige Psychopathien Häufung Patient Psychopath Patient debil		Delinquenz Anstalten Beruf Familie	Äußeres Verhalten Affekte Wollen	beruflich familiär materiell Interessen		
1	28	9	++OO	O	O+OO	OOOO	OOOO	3	gut
2	24	5	+O++	+	OOO+	OOO+	O+OO	7	bedingt gut
3	22	2	+OOO	++	OO++	++OO	OO++	9	bedingt gut*
4	22	3	+O+O	++	OOO+	OOO+	O+++	9	bedingt gut
5	27	9	+O+O	+++	O+++	+O+O	O+++	13	zweifelhaft
6	19	1	+O+O	+++	O+++	++++	++++	16	ungünstig*
7	33	14	OO+O	+	OO++	OOO+	OOO+	6	bedingt gut
8	20	3	+OOO	O	O+O+	OOOO	OOOO	3	gut
9	33	14	+O+O	+	O+OO	OOO+	OOOO	5	gut
10	20	2	+++O	++	OO++	O+++	++O+	13	zweifelhaft*
11	25	5	++++	+++	OO++	+O++	++++	16	ungünstig
12	32	11	+++O	+	OO++	OO+O	OOO+	8	bedingt gut
13	18	1	+OOO	+	OOO+	OO++	O+O+	7	bedingt gut*
14	34	9	+++O	+	++++	OOOO	OO+O	9	bedingt gut
15	19	1	+++O	++	++++	O++O	O+O+	13	zweifelhaft*
16	25	5	OO+O	++	++++	OOOO	OO++	9	bedingt gut
17	30	11	+O++	++	++++	OO++	++O+	14	zweifelhaft
18	19	1	OO+O	+++	O+++	OO++	OO++	11	zweifelhaft*
19	19	2	++++	+	O+O+	OO+O	OOO+	9	bedingt gut*
20	21	1	+OOO	++	++++	OO++	++++	13	zweifelhaft*
21	31	9	+O+O	+	OO++	OO+O	O++O	8	bedingt gut
22	31	13	OO+O	O	OOOO	OOOO	OOOO	1	gut
23	20	1	+O+O	+	O+O+	+O++	O+++	11	zweifelhaft*
24	27	8	+O+O	++	+O++	+++O	++O+	13	zweifelhaft
25	27	8	+O+O	+++	OOO+	+++O	O+++	12	zweifelhaft
26	24	1	OO+O	++	+O+O	+++O	O++O	10	bedingt gut*
27	19	3	+++O	+++	O+++	++++	++++	18	ungünstig
28	31	11	+O+O	++	OOO+	O++O	O+++	10	bedingt gut
29	18	1	OO+O	+++	O+++	O+++	++++	14	zweifelhaft*
30	34	14	+++O	+	++++	OOOO	OOOO	8	bedingt gut
31	23	4	+O+O	+	+OO+	O+O+	OOOO	7	bedingt gut
32	34	16	+O+O	+	+OO+	OOOO	OOOO	5	gut
33	18	13	+OOO	O	OOOO	OOOO	OOOO	1	gut
34	32	14	+OO+	+	++++	OOO+	OOO+	9	bedingt gut

Wenn wir in Kenntnis dieser möglichen Einwände trotzdem versucht haben, in beschriebener Weise zu einem prognostischen Urteil zu gelangen, so geschah dies nicht in der Absicht, den bisher bekannten Punkteverfahren noch ein weiteres beizufügen. Vielmehr galt es, ein in mancher Beziehung (Alter, Geschlecht, Delinquenz) inhomogenes Krankengut unter Berücksichtigung der sozialprognostisch wichtigsten Faktoren im weiteren Verlauf zu erfassen, ohne dabei auf eine nur subjektiv-intuitive Beurteilung angewiesen zu sein. Wenn man berücksichtigt, daß die durchschnittliche nachklinische Beobachtungszeit 6½ Jahre betrug und das in den meisten Fällen während der stationären Beobachtung in der Klinik erstellte Gutachten eine gezielte Befragung erlaubte, dürfte der Prozentsatz von Fehlbeurteilungen nicht größer sein als bei anderen Untersuchungen.

Die tabellarisch zusammengestellten Ergebnisse zeigen, daß bei 21 der 34 untersuchten Patienten (das heißt bei rund 60 %) eine gute oder bedingt gute Prognose gestellt werden darf. Bei 10 Patienten (rund 30 %) ist die Prognose zweifelhaft und bei 3 Patienten (rund 10 %) ungünstig. Ein Vergleich der bei Klinikeintritt vorhandenen Verwahrlosung mit dem heutigen Zustandsbild ergibt, daß bei 17 der 34 Patienten (50 %) die manifeste Verwahrlosung nur noch angedeutet oder überhaupt nicht mehr vorhanden ist. 10 Patienten (rund 30 %) sind noch deutlich verwahrlost, und in den restlichen 7 Fällen (rund 20 %) ist die Verwahrlosung gleich stark oder noch ausgeprägter als bei Klinikeintritt. Für die Gesamtzahl der Untersuchten besteht demnach eine recht gute Korrelation zwischen dem heutigen Zustandsbild und dem mutmaßlichen weiteren Verlauf. Im Einzelfall stimmt der Status praesens jedoch durchaus nicht immer mit dem prognostischen Urteil überein. Eine solche Parallelität ist wegen der multifaktoriell bedingten Prognose auch gar nicht zu erwarten.

Wegen der relativ kleinen Zahl der Untersuchten kommt den genannten prozentualen Angaben über das heutige und das weitere soziale Verhalten keine allgemeine Signifikanz zu. Die deutliche Übereinstimmung der hier erhaltenen Ergebnisse mit den von *Stutte* zusammengestellten Resultaten anderer Untersuchungen mag deshalb zufallsbedingt sein. Dies um so mehr, als bei 11, in Tabelle Seite 21 mit * bezeichneten Patienten der Klinikaustritt weniger als drei Jahre zurückliegt und in diesen Fällen die Prognose vorsichtiger bewertet werden muß als dort, wo die Beobachtungszeit länger ist. Trotz dieser Einschränkung dürfte aber die hier gewonnene Verteilung nur unwesentliche Änderungen erfahren. Rund die Hälfte der 34 Patienten wird heute noch durch Ärzte, Fürsorger und Heimleiter nachbetreut. Deren Beurteilung der Prognose stimmt weitgehend mit den hier erhaltenen Resultaten überein.

An unserem Krankengut konnten wir feststellen, daß zwischen dem einstigen Schweregrad der Verwahrlosung und der weiteren sozialen Entwicklung keine Korrelation besteht. So zeigten die Patienten Nr. 12, 14, 22, 32 (siehe Tabelle) bei Klinikeintritt ein Bild schwerster Verwahrlosung. In der

dazwischenliegenden Beobachtungszeit (zwischen 9 und 16 Jahren) haben sich jedoch alle einigermaßen resozialisiert, weshalb unter Mitberücksichtigung des Status praesens bei allen eine gute oder mindestens eine bedingt gute Prognose gestellt werden darf.

Aus Abbildung 2 geht hervor, daß rund zwei Drittel aller Untersuchten den Altersklassen der 18- bis 20jährigen und den 31- bis 34jährigen angehören. Dabei finden sich in der 10 Patienten umfassenden jüngeren Gruppe nur 4 Patienten mit einer guten beziehungsweise bedingt guten Prognose, während die Prognose der 11 heute 31- bis 34jährigen ausnahmslos als gut oder bedingt gut bezeichnet werden kann.

Für diese Diskrepanz der prognostischen Ergebnisse zwischen den beiden altersmäßig verschiedenen Gruppen können mehrere Gründe aufgeführt werden: Einmal haben die heute über 30jährigen die Pubertät als erhöhte Disposition zur Verwahrlosung längst zurückgelegt. Überdies wurde der Verwahrlosungszustand und damit indirekt die Prognose dadurch positiv beeinflußt, daß die Patienten eine langjährige Betreuung erfahren haben und sich ihre heutige Umwelt durch Wegzug aus dem ungünstigen elterlichen Milieu sowie durch Verheiratung oft in vorteilhaftem Sinn verändert hat. Da das quantitative Ausmaß dieser positiv beeinflussenden Momente aber nicht vorausgesehen und in einem Prognosenschema berücksichtigt werden kann, wird eine Voraussage, besonders im Sinn einer Frühprognose, im Einzelfall immer mit großen Fehlerquellen behaftet sein.

2. Rückschlüsse auf die Therapie

A. Einfluß der klinischen Behandlung auf die weitere Entwicklung der Verwahrlosten

Die Besserung eines Verwahrlosungszustandes ist – wie dessen Zustandekommen – stets von einer Vielzahl von Faktoren abhängig. Für uns war von Interesse, den Anteil kennenzulernen, den die klinische Behandlung an der Besserung eines verwahrlosten Patienten hat. Es ist jedoch aus verschiedenen Gründen schwierig, ihn zu bemessen: Wird beispielsweise der Zustand der Patienten bei Klinikeintritt mit jenem bei Klinikaustritt verglichen, so ist zwar bei 30 von 34 Patienten eine deutliche psychische Besserung festzustellen. Dieser Umstand darf aber nicht allein dem therapeutischen Einfluß zugeschrieben werden, sondern auch dem Fehlen von verwahrlosungsfördernden Faktoren in der Klinik (aus der Tabelle Seite 21 geht hervor, daß 11 der 34 Patienten nach dem letzten Klinikaufenthalt nochmals straffällig und 17 Patienten erneut in Heime oder Anstalten eingewiesen wurden). Nebst dieser «Abschirmung vor Versuchungssituationen» war bei einigen zur Begutachtung hospitalisierten Patienten das tadellose Verhalten wohl

auch ein zweckbedingter Versuch zur Abwendung einer drohenden Anstaltsversorgung.

Es ist demzufolge nicht zulässig, die während des Klinikaufenthaltes eingetretene Besserung in jedem Fall als Behandlungserfolg zu werten. Ebensowenig ist die heute bei 26 der 34 Untersuchten (siehe Tabelle Seite 21) festgestellte Besserung des sozialen Verhaltens nur das Resultat der Klinikbehandlung; es sind noch andere, weiter unten erwähnte Einflüsse daran beteiligt. Deren Wirksamkeit bestätigt sich auch darin, daß heute bei 13 der 34 Patienten eine bessere Prognose gestellt werden kann als beim letztmaligen Klinikaustritt. Somit wird bestätigt, daß es ohne mehrjährige Beobachtungszeit oft schwierig oder unmöglich ist, verwahrloste Jugendliche im Hinblick auf ihre soziale Bewährung und Prognose zu beurteilen.

Bei Äußerungen der Patienten über den Klinikaufenthalt ergaben sich interessante Aspekte: Es wurden bei der Erhebung des Status praesens allen 34 ehemaligen Patienten folgende drei Fragen vorgelegt:

1. Waren Sie gerne in der Klinik?
2. Beurteilen Sie heute den damaligen Klinikaufenthalt als nützlich?
3. Welche Kritik haben Sie an Ihrer Klinikbehandlung anzubringen?

Sowohl Frage 1 wie Frage 2 wurden von je 16 Patienten mit «Ja» beziehungsweise mit «Nein» beantwortet. Zwei Patienten hatten sich nicht geäußert. Bei Frage 3 konnten (oder wollten) 14 Patienten keine Kritik anbringen. Um so eifriger machten die übrigen 20 Patienten von der Aufforderung Gebrauch, zu ihrer Behandlung in der Klinik Stellung zu nehmen. Dabei standen erwartungsgemäß negative Urteile im Vordergrund:

«Man hätte mich nicht in eine Nervenklinik stecken sollen, ich war ja gar nicht verrückt.» Oder: «Wenn die Jungen (gemeint Verwahrloste) schon in die Klinik müssen, sollten sie zusammen im gleichen Pavillon untergebracht werden» (die räumliche Anordnung der Klinik gestattete noch keine getrennte Unterbringung der verwahrlosten Jugendlichen von den übrigen Mitpatienten). Oder: «Die Ärzte und das Pflegepersonal hatten für uns viel zu wenig Zeit.» Oder: «Wir wurden immer eingeschlossen, deshalb liefen wir bei der erstbesten Gelegenheit weg» (bei genauem Befragen wurde dann meist zugegeben, daß das «Einschließen» – Unterbringung auf einer sogenannten geschlossenen Abteilung – erst nach wiederholtem Weglaufen erfolgt war).

Demgegenüber konnte eine andere, eher überraschende Feststellung gemacht werden: Rund ein Viertel aller Befragten (mehrheitlich Patienten mit heute guter Prognose) äußerten spontan, sie hätten in der Klinik zuviel Freiheit genossen, sie seien zu wenig intensiv beschäftigt worden und man sei hinsichtlich Belohnung und Bestrafung zu inkonsequent und zu nachgebend

gewesen. Auch wurde der – in praxi oft unvermeidliche – häufige Wechsel von Abteilungsarzt und Pflegepersonal kritisiert. Diese Beobachtung deckt sich mit der Feststellung von *Staehelin*, daß die Jugendlichen die Klinikeinweisung zuerst als Strafe, Blamage und Erniedrigung ihres fast immer äußerst empfindlichen Selbstgefühls erleben, sich aber später (wenn die Maßnahme sich der Resozialisierung und inneren Gesundung nähert) positiv und oft dankbar zu ihr einstellen.

Zusammengefaßt kann gesagt werden, daß in Anbetracht der Vielzahl der Faktoren, welche einen Verwahrlosungszustand therapeutisch beeinflussen können, der prozentuale Erfolgsanteil der klinischen Behandlung bestenfalls geschätzt werden kann. Wenn wir trotz diesem Vorbehalt eine Werteinschätzung des Klinikaufenthaltes vornehmen, ergibt sich, daß er bei vielen der untersuchten Patienten doch einen entscheidenden Beitrag zur späteren Besserung der Verwahrlosung geleistet hat. In anderen Fällen ist indessen die heutige gute Prognose eher dem positiven Einfluß anderer, unten noch genannter Faktoren zu verdanken.

In diesem Zusammenhang darf nicht vergessen werden, daß bei Verwahrlosungszuständen die psychiatrische Klinik nicht nur eine therapeutische Aufgabe hat. In den meisten Fällen muß durch eine stationäre Beobachtung zuerst geklärt werden, welche pathogenetischen Faktoren das Symptom «Verwahrlosung» verursachten, erst so wird eine dem Einzelfall adäquate Behandlung möglich. Nebst der Diagnosensicherung und der Therapie erwächst der Klinik auch die Aufgabe, die wichtige Nachbetreuung zu sichern und in Zusammenarbeit mit Fürsorgern, Arbeitgebern und Vormundschaftsbehörde das weitere therapeutische Vorgehen zu besprechen (vgl. *Villinger* und *Stutte:* «Zeitgemäße Aufgaben und Probleme der Jugendfürsorge»).

B. Einflüsse anderer Faktoren auf die weitere Entwicklung der Verwahrlosten

Wie bereits dargelegt, werden die Patienten nicht nur durch die Behandlung in der psychiatrischen Klinik, sondern durch eine Vielzahl weiterer Faktoren in der Entwicklung bis zu ihrem heutigen Zustandsbild in positivem oder auch negativem Sinn mitbeeinflußt.

Die wohl wichtigste Voraussetzung für eine solche Wiedereingliederung in die Gemeinschaft ist das Vorhandensein tragfähiger mitmenschlicher Beziehungen. Dabei bildet eine enge Bindung an Eltern, Freunde oder später an den Ehepartner (sofern diese nicht auch verwahrlost sind!), aber auch an Heimleiter, Fürsorger und Ärzte nicht nur den Ausgangspunkt zu einer sozialen Anpassung, sondern auch die wirksamste Prophylaxe zur Verhinderung eines Rückfalles. Diese längst bekannte Tatsache wird durch die

vorliegende Untersuchung deutlich bestätigt: Bei den 17 ehemaligen Patienten, die heute nur noch angedeutete oder überhaupt keine Verwahrlosungszeichen mehr aufweisen, ist mit einer einzigen Ausnahme die Einordnung in die Gemeinschaft durch ihre enge Beziehung zu einem sozial angepaßten, wegleitenden Mitmenschen ermöglicht oder gefördert worden. Bei den 7 Patienten, die heute gleich stark oder noch stärker verwahrlost sind als bei Klinikaustritt, konnte hingegen in allen Fällen ein Fehlen positiv beeinflussender – oder aber ein Übermaß negativ sich auswirkender – mitmenschlicher Beziehungen beobachtet werden.

Wenn weiter oben die Schwierigkeit erwähnt wurde, den therapeutischen Einfluß der Klinikaufenthalte abzuschätzen, so gilt dies ebenso für die Auswirkung von Aufenthalten in Erziehungsheimen und Arbeitsanstalten. Von den 34 Patienten waren 25 vor ihrer Klinikeinweisung und – wie bereits erwähnt – 17 Patienten nach Klinikaustritt in Heimen und Anstalten. Wie bei den umfangreichen Beobachtungen von *Burlingham* und *A. Freud* an Kleinkindern in den «Hampstead Nurseries» erwies sich auch hier die enge Bindung an einen Menschen ihres Vertrauens, zum Beispiel an unsere Klinikfürsorgerin für Jugendliche – im Sinn eines Mutterersatzes –, als wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Erziehungsarbeit. Leider konnte diese Bindung in manchen Fällen wegen des zu knapp bemessenen oder überbeanspruchten Personals nicht zustande kommen. Dieser Umstand war – zusammen mit der oft sehr negativen Beeinflussung durch Mitzöglinge – der Hauptgrund für die zahlreichen Entweichungen, welche ihrerseits wieder die Über-Ich-Bildung erschwerten oder verunmöglichten *(Aichhorn, Hopmann)*.

Die Pubertätsjahre mit ihren körperlichen und geistigen Veränderungen bergen, insbesondere für debile, willensschwache oder triebhafte Persönlichkeiten, die Gefahr vielfältiger «Entgleisungsmöglichkeiten» (vgl. *Rutishauser* und andere). Bei der Mehrzahl der von uns erfaßten Patienten wurde denn auch die Verwahrlosungssymptomatologie durch die Pubertätsphase manifest oder doch verstärkt. In weniger deutlichem, quantitativ nicht erfaßbarem Ausmaß hat andererseits die Überwindung der Pubertätsschwierigkeiten sicher zur Besserung ihrer Verwahrlosung beigetragen, wenn auch das Abklingen der Reifungsvorgänge an sich nicht als Heilmittel der Verwahrlosung betrachtet werden darf *(Krevelen)*.

Im weiteren ergab sich eine deutliche Abhängigkeit des Krankheitsverlaufes vom Beruf und der außerberuflichen Interessensphäre der Patienten. Bei allen 7 Untersuchten, die eine Berufslehre mit Abschlußprüfung absolvierten, bestehen heute nur noch angedeutete oder überhaupt keine Verwahrlosungszeichen mehr. Dieselbe Feststellung konnte bei jenen

8 Patienten gemacht werden, deren außerberufliche Interessen differenzierten Charakter haben (Zeichnen, Malen, Basteln, Wandern, Theater- und Konzertbesuch usw.). Leider wurde – und wird auch heute noch – die Freizeit von der Mehrzahl der Untersuchten durch kritikloses Hören von Unterhaltungsmusik, durch Lesen wertloser Sensationslektüre, durch häufigen Besuch von Spielsalons und Dancings sowie durch ausschließlich passives Teilnehmen an Sportveranstaltungen ausgefüllt.

Schließlich können auch religiöse Bindungen einen Verwahrlosungszustand maßgebend beeinflussen. Von den 34 Befragten gaben 8 Patienten glaubhaft an, die durch Elternhaus und Schule geförderte Bindung an Religion und Kirche bis heute nie verloren zu haben. Mit einer Ausnahme ist bei all diesen Patienten die Verwahrlosung nur noch angedeutet oder überhaupt nicht mehr vorhanden.

C. Therapeutische Folgerungen

Zunächst soll kurz erwähnt werden, welche therapeutischen Maßnahmen bei den 34 untersuchten Patienten während ihres Klinikaufenthaltes angewandt worden waren.

Bei allen erstmals eintretenden Patienten wurde eine ausführliche Anamnese erhoben in der doppelten Absicht, die initial ablehnende Haltung der Patienten zu überwinden und ein erstes Gefühl des Verstandenseins zu schaffen sowie gleichzeitig diagnostisch wichtige Angaben zu erhalten. Zusammen mit den ergänzenden Auskünften von Angehörigen und Behörden wurde dann versucht, die Ursachen kennenzulernen, die zur Verwahrlosung führten. Schließlich wurde jeweils eine eingehende psychiatrische Untersuchung, die Aufschluß über Art und Schweregrad der Dissozialität sowie über das eventuelle Vorhandensein einer Oligophrenie oder einer Psychose geben sollte, durchgeführt. Auf Grund der ätiologischen Faktoren und der Diagnosenstellung wurde in Zusammenarbeit von Arzt, Fürsorgerin, Jugendseelsorger und Vormund (beziehungsweise Eltern, sofern diese nicht auch verwahrlost waren) das weitere Vorgehen besprochen. Das Procedere bestand einerseits in der individuell angepaßten Psychotherapie durch den Abteilungsarzt und das Pflegepersonal. Andererseits wurde seit 1960 mit diesen Patienten regelmäßig gruppenpsychotherapeutisch gearbeitet (vgl. dazu *Battegay:* «Gruppenpsychotherapie mit verwahrlosten Jugendlichen»); dabei wurde den Patienten zunächst innerhalb der Klinik die Möglichkeit gegeben, sich in kleinen Gruppen frei auszusprechen, so wieder eine Geborgenheit (« Familienübertragung ») zu erleben und wertvolle Erfahrungen in einem therapeutischen Milieu zu sammeln. Auch wurden die Jugendlichen durch Krankengymnastinnen regelmäßig im Rahmen eines Gruppenturnens be-

treut. Gleichzeitig setzte eine Arbeits- und Gestaltungstherapie mit ihnen ein, wobei sie Gelegenheit hatten, auf der Abteilung mitzuhelfen oder sich in Beschäftigungsateliers in einer ihnen nach Möglichkeit angepaßten Art zu betätigen (Zeichnen, Malen, Modellieren, Basteln, Weben, Stricken). Allerdings gestatteten es die bestehenden räumlichen und personellen Gegebenheiten noch nicht, den speziellen Bedürfnissen der einzelnen Jugendlichen in jedem Fall Rechnung zu tragen. Nach einigen Wochen bis Monaten wurde es jeweils möglich, die Jugendlichen von der Klinik aus an einer ihre Fähigkeiten und Wünsche berücksichtigenden Stelle arbeiten zu lassen; die Patienten kehrten nach Arbeitsschluß jeweils in die Klinik zurück, wo sie die Nacht verbrachten (sogenannte «Nachtpatienten»). Bei Bewährung wurden sie dann in eine passende Unterkunft in der Stadt entlassen.

Die letzte und vielleicht wichtigste Phase in der Behandlung bestand in der oft jahrelangen Nachbetreuung durch Ärzte, Jugendfürsorger und Behörden. Dabei erwies sich eine ambulante Kontrolle oder Familienplazierung meist vorteilhafter als eine erneute Heimeinweisung (vgl. *Hopmann*).

Zum Schluß stellt sich nun die Frage, ob anhand der vorliegenden Untersuchungsergebnisse eine Änderung des therapeutischen Vorgehens wünschenswert wäre. Es wurde festgestellt, daß ausnahmslos nur bei jenen Verwahrlosten eine nachhaltige Besserung eintrat, denen die Möglichkeit einer langdauernden Bindung an eine Leitperson gegeben war. An dieser Stelle sei auf die von *Wilfert* erwähnte Zweckorientiertheit, Nüchternheit, Passivität und Tendenz zum «disengagement» hingewiesen (vgl. auch *Muchow*, *Godal*). Diese veränderte Verhaltensweise macht nach *Wilfert* auch eine Umstellung der in der Sozialarbeit Tätigen nötig, indem die Leitperson nicht mehr nur die allein prägende, verantwortliche und Impulse vermittelnde zentrale Instanz sein muß, sondern auch versteht, in Teamform koordinierend und anregend zu wirken. So erwies sich denn auch die in den letzten Jahren in der Klinik eingeführte Gruppenpsychotherapie (von den Patienten als «Teenagerstunde» bezeichnet) als ein wertvolles therapeutisches Mittel. Indessen führte die – aus räumlichen Gründen unvermeidbare – Unterbringung der verwahrlosten Jugendlichen mit anderen psychisch Kranken oft zu gegenseitigen Reibereien und in der Folge zu einer starken Belastung von Schwestern und Pflegern. Aus diesen Feststellungen läßt sich die auch von *Battegay* erhobene Forderung ableiten, die in der Klinik hospitalisierten Verwahrlosten in kleinen Gruppen von 6 bis 8 Patienten zusammenzufassen und räumlich von den übrigen Patienten getrennt unterzubringen. Diesen Gruppen wäre ein «Elternpaar» zuzuteilen – beispielsweise ein Arzt und eine Fürsorgerin –, welches auch die außerklinische Nachbetreuung übernehmen würde. Dieses Vorgehen wurde im wesentlichen bereits vor 40 Jah-

ren durch *Aichhorn* theoretisch begründet und praktisch mit großem Erfolg durchgeführt. Überdies wäre es wünschenswert, die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie durch die Mitarbeit einer geschulten Therapeutin zu intensivieren und den individuellen Fähigkeiten und beruflichen Neigungen der Patienten anzupassen. Durch diese Ergänzungen könnte eine noch bessere Koordinierung und konsequentere Durchführung der medizinischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen erreicht werden.

Ein erster Versuch in dieser Richtung wird an der Basler Klinik seit einigen Monaten unternommen: Die verwahrlosten Patienten haben an mehreren Tagen der Woche Gelegenheit, in Gruppen zusammengefaßt, unter Leitung pädagogisch geschulter Betreuer in einem speziell zur Verfügung gestellten Haus in der Stadt wenigstens tagsüber eine Gemeinschaft zu erleben und sich nach ihren Fähigkeiten zu beschäftigen. Diese Verlegung der Therapie an einen Ort, der durch günstige räumliche Gegebenheiten und durch das Vorhandensein eines Betreuerpaares eine gewisse «Elternhaus-Atmosphäre» ausstrahlt, hat sich bisher nicht nur für die hospitalisierten Patienten bewährt: Auch aus der Klinik entlassene Jugendliche kehren immer wieder spontan (zum Beispiel zu den Mittagessen) in die ihnen vertraute Umgebung zurück. Dadurch wird die Nachkontrolle wesentlich erleichtert. In vollem Umfang werden diese von uns vorgeschlagenen Maßnahmen allerdings erst dann realisierbar, wenn genügend pädagogisch und jugendfürsorgerisch ausgebildetes Personal sowie die nötigen baulichen Voraussetzungen zur Verfügung stehen werden.

VI. Zusammenfassung

In den letzten Jahren sind der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel in vermehrtem Maß verwahrloste Jugendliche zur Abklärung und Behandlung zugewiesen worden. Die vorliegende Arbeit entstand aus dem Bedürfnis heraus, das soziale Verhalten und die weitere Prognose dieser Patienten nach ihrer Klinikentlassung kennenzulernen.

Unsere Untersuchungen erstrecken sich auf 34 ehemalige Patienten vorwiegend weiblichen Geschlechts, die wegen ausgeprägter Verwahrlosungserscheinungen im Zeitraum von 1945 bis 1961 in der Klinik hospitalisiert waren. Zur Auswertung des Krankengutes stützten wir uns auf anamnestische und katamnestische Angaben sowie auf den derzeitigen Untersuchungsbefund. Auf Grund symptomatologischer und pathogenetischer Kriterien werden 7 typische kasuistische Beispiele angeführt.

Mit Hilfe eines Punktsystems wird versucht, in Berücksichtigung der Heredität, der vergleichenden Symptomatologie und der Katamnese seit

Klinikaustritt sowie anhand des Status praesens und der heutigen Umweltfaktoren die soziale Prognose der einzelnen Patienten zu ermitteln. Auf die Problematik dieses und anderer Punktsysteme sowie auf die Ursachen möglicher Fehlbeurteilungen wird hingewiesen. Die tabellarisch zusammengestellten Ergebnisse zeigen, daß bei rund 60 % der untersuchten Patienten eine gute oder bedingt gute Prognose gestellt werden kann. Bei rund 30 % der Jugendlichen ist die Prognose zweifelhaft und bei rund 10 % ungünstig. Auf die Signifikanz dieser Resultate wird eingegangen und erwähnt, daß bei unserem Krankengut keine Korrelation zwischen Prognose und einstigem Schweregrad der Verwahrlosung besteht.

Anschließend wird versucht, den Einfluß der klinischen Behandlung sowie außerklinischer Faktoren (mitmenschliche Beziehungen, Erziehungsanstalten, Überwindung der Pubertätsschwierigkeiten, Beruf und außerberufliche Interessen, religiöse Bindungen) abzugrenzen. Aus den subjektiven Urteilen der ehemaligen Patienten geht hervor, daß ein Viertel der Untersuchten die Klinikbehandlung als zu freiheitlich empfanden.

Zum Schluß werden die bei den erfaßten Jugendlichen in der Klinik durchgeführten Maßnahmen, insbesondere die seit 1960 angewandte Gruppenpsychotherapie, erwähnt. Es wird darauf hingewiesen, daß die aus unseren Ergebnissen resultierenden Verbesserungsvorschläge (räumlich getrennte Unterbringung in kleinen Gruppen, Intensivierung der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie usw.) seit einiger Zeit in zwar noch begrenztem Rahmen verwirklicht werden konnten.

Literaturverzeichnis

Aichhorn A.: Verwahrloste Jugend. Bern 1951. – *Aichhorn A.:* Erziehungsberatung und Erziehungshilfe. Bern 1959. – *Battegay R.:* Gruppenpsychotherapie mit verwahrlosten Jugendlichen. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. *92*, 528 (1963). – *Battegay R.:* Psychotherapie milieugeschädigter und charakterabnormer Jugendlicher. Prakt. Psychiatr. *1* u. *2* (1962). – *Bitter W.:* Heilen statt strafen. Göttingen 1957. – *Burlingham D., Freud A.:* Anstaltskinder. London 1950. – *Dührssen A.:* Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen 1960. – *Frey E.:* Der frühkriminelle Rückfallverbrecher. Basel 1951. – *Glueck S.* und *E.:* Unraveling Juvenile Delinquency. Cambridge, Mass. 1950. – *Godal E.:* Teenagers. Hamburg 1958. – *Gregor A., Voigtländer E.:* Die Verwahrlosung. Berlin 1918. – *Gruhle H.:* Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität. Berlin 1912. – *Haffter C.:* Kinder aus geschiedenen Ehen. Bern 1948. – *Hoffmann H.:* Jugend auf Abwegen. Gelsenkirchen 1953. – *Hopmann W.:* Zur Frage der Indikation für die Heimunterbringung Erziehungsschwieriger. Prax. Kinderpsychol. *7*, 278 (1958). – *Hopmann W.:* Zur Problematik schwererziehbarer Kinder und Jugendlicher in Heimen. Prax. Kinderpsychol. *7*, 113 (1958). – *Hunkeler K.:* Jugendschutz in öffentlich-rechtlicher Sicht. Luzern 1961. – *Kaiser G.:* Randalierende Jugend. Heidelberg 1959. – *Kielholz P.:* Klinik, Differentialdiagnose und Therapie der depressiven Zustandsbilder. Acta psychosomat. Geigy *2* (1959). – *Leferenz H.:* Über die Möglichkeiten und Grenzen der Sozialprognose. Jahrb. f. Jugendpsychiatr. *3*, 165 (1962). – *Meyer F.:* Rückfallsprognose bei unbestimmt verurteilten Jugendlichen. Bonn 1956. – *Middendorf W.:* Bemerkungen zur sozialen Prognose. In: « Soziologie der Jugendkriminalität ». Köln 1957. – *Montalta E.:* Jugendverwahrlosung. Zug 1939. – *Muchow H.:* Sexualreife und Sozialstruktur der Jugend. Hamburg

1959. – *Rutishauser E.:* Über Verwahrlosung. Bern 1944. – *Schumann W.:* Über Voraussagemöglichkeiten hinsichtlich der Jugendkriminalität und Jugendverwahrlosung nach *S.* und *E. Glueck.* Prax. Kinderpsycholog. *7*, 33 (1958). – *Schumm P.:* Die Jugendkriminalität. Problemdarstellung und Bericht über die Literatur der Jahre 1945–1955. Fortschr. Neur. *24*, 281 (1956). Idem für die Jahre 1956–1959, ebenda *28*, 521 (1960). – *Staehelin J.E.:* Jugendkriminalität und Psychiatrie. Schweiz. Zt. f. Strafrecht *54*, 2 (1940). – *Stutte H.:* Die soziale Individualprognose bei verwahrlosten und kriminellen Jugendlichen. Sonderdruck aus Handbuch der Heimerziehung, Frankfurt a.M. 1956. – *Többen H.:* Die Jugendverwahrlosung und ihre Bekämpfung. Münster i.W. 1927. – *Van Krevelen A.:* Über Schwierigkeiten bei der prognostischen Beurteilung Jugendlicher. Jahrb. f. Jugendpsych. Bern 1956. – *Villinger W., Stutte H.:* Zeitgemäße Aufgaben und Probleme der Jugendfürsorge. Nervenarzt *19*, 249 (1948). – *Voigtländer E., Gregor A.:* Geschlecht und Verwahrlosung. Zt.f.ges.Psych.u.Neurol. *66*, 97 (1921). – *Weber A.:* Über Verwahrlosung. Mo.Psychiatr. *125*, 731 (1953). – *Wilfert O.:* Gefährdete Jugend. Wien 1962.